

Доц. А.С. Карпицкий,
докт. мед. наук С.В. Панько,
проф. В.В. Аничкин, проф. И.Н. Гришин,
А.С. Крючков, доц. С.Н. Шнитко

ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ТРАХЕИ

Витебский Государственный
медицинский институт,
Витебский филиал НИКИ РМ и Э,
432 Главный Военный Клинический госпиталь,
Белорусский государственный институт
усовершенствования врачей

Для восстановления целостности воздухоносной трубки немаловажное значение имеет протезирование и эндопротезирование трахеи монолитными устройствами, которые по существу в отдельных случаях могли бы решить проблему восстановления воздухооттока. Однако имеющиеся противоположные экспериментальные данные [2,3,4] и отдельные клинические наблюдения [1] не внесли ясность в существующие возможности и перспективы использования указанных методик ввиду отсутствия убедительных данных о происходящих процессах вокруг монолитных полых устройств, их влияния на дыхательную систему после эксплантации в трахеобронхиальное дерево. Приводим свое клиническое наблюдение.

Больная Р., 1949 года рождения, поступила в ЛОР-отделение 432 Главного Военного клинического госпиталя (ГВКГ) 27 октября 1997 г. с жалобами на осиплость голоса, затрудненное дыхание через трахеостому и резко затрудненное — через естественные пути, кашель с отхождением слизистой мокроты. Из анамнеза установлено, что в 1995 году перенесла продленную эндотрахеальную интубацию, после чего спустя два месяца появилась одышка после небольшой физической нагрузки. В июле 1995 года в оториноларингологическом отделении 4-й городской клинической больницы г. Минска у больной диагностирован рубцовый стеноз подскладковых отделов гортани и начальных отделов трахеи протяженностью 6-7 см с сужением просвета до 4-5 мм. В течение последующих двух месяцев пациентке дважды проводилось бужирование гортани и трахеи с эффектом от проводимых манипуляций в течение не более

одного месяца. В последующем вновь развивалась клиника стеноза дыхательных путей. В октябре этого же года больная госпитализируется в Республиканскую клиническую больницу с симптомами выраженного стеноза дыхательной трубки, где ей выполняется ларинготрахеотомия с последующим ношением эндоларинготрахеального протеза конструкции проф. Быстренина В.А. При периодическом его извлечении производилось удаление рубцов и грануляционной ткани, суживающих просветы гортани и трахеи. После удаления в июне 1996 года временного эндопротеза трахеостомическое отверстие самостоятельно закрылось, состояние больной улучшилось, дыхание стало свободным. Однако в августе вновь зарегистрировано ухудшение в состоянии, появилось затрудненное дыхание, одышка, и больная госпитализируется в ЛОР-отделение 432 Главного Военного Клинического госпиталя (ГВКГ) с диагнозом: стеноз гортани и трахеи. При этом рентгенологически и ларинготрахеоскопически у больной визуализируются разрастания грануляционной ткани в подскладковом отделе слева — до 5 мм, справа — до 3 мм на уровне перстневидного хряща. В 3-х см от описанных изменений обнаружены плотные рубцовые структуры в виде валиков, суживающие общий просвет трахеи на 2/3 на протяжении более 8 см. 9.09.96. больной выполнена эндоларингеальная лазерная вапоризация стеноза подскладкового отдела гортани и верхних отделов трахеи с хорошим послеоперационным эффектом в течение трех месяцев. В последующем у больной вновь стала появляться одышка после физической нагрузки, затем в покое — кашель, умеренная слабость. Эндоларингеальная коагуляция больной выполнялась практически ежемесячно с 22 января по 7 апреля 1997 года. 21 апреля этого же года состояние больной резко ухудшилось. Появились жалобы на затрудненное дыхание, нехватку воздуха, выраженную слабость, и в этот же день она вновь госпитализирована в хирургическую клинику ГВКГ, где ей по экстренным показаниям выполнена трахеостомия с последующей лазерной деструкцией через трахеостому 24.06.97 и 1.07.97. По-

следующие три месяца находилась на амбулаторном лечении с ношением трахеостомической трубки с раздувной манжетой.

При поступлении общее состояние больной удовлетворительное. Кожные покровы бледно-розовой окраски. В легких выслушивается везикулярное дыхание. Пульс 72 в мин. ритмичный, удовлетворительных свойств. АД 120/70 мм рт.ст. Язык влажный, живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не увеличены. На передней поверхности шеи в типичном месте отмечается послеоперационный рубец и трахеостомическая рана. Дыхание через трахеостомическую трубку свободное. При фибротрахеоларингоскопии установлено, что вход в гортань свободный, голосовые складки не изменены, подвижны; в подскладковом пространстве над изогнутым концом трахеостомической трубки, в области трахеостомического отверстия и ниже него определяется рубцовая ткань, нежные грануляции, исходящие из боковых и передней стенок трахеи, расположенные на трех уровнях и закрывающие 2/3 просвета. Сегмент длиной в 6 колец над кариной - без патологических изменений и образований. Томографическое исследование дыхательных путей характеризовалось асимметричным неравномерным сужением просвета трахеи ниже голосовых складок до 6-8 мм на протяжении 7-8 см (рис.1).

Учитывая жалобы, анализ, объективные данные, полученные при инструментальном обследовании, больной установлен клинический диагноз: Хронический рубцовый и грануляционный стеноз гортани, верхних отделов трахеи, канюленосительство. Дыхательная недостаточность I-II степени и произведена поэтапная лазерная вапоризация грануляций и рубцов в области трахеостомической раны (29.10.97) и на передней стенке центрального отрезка трахеи (10.11.97.) в качестве предоперационной подготовки к операции-эксплантации эндотрахеобронхиального протеза.

13.11.97. под эндотрахеальным наркозом выполнена прямая ларинготрахеоскопия при помощи оптической системы "Карл Шторц" и ларингоскопа

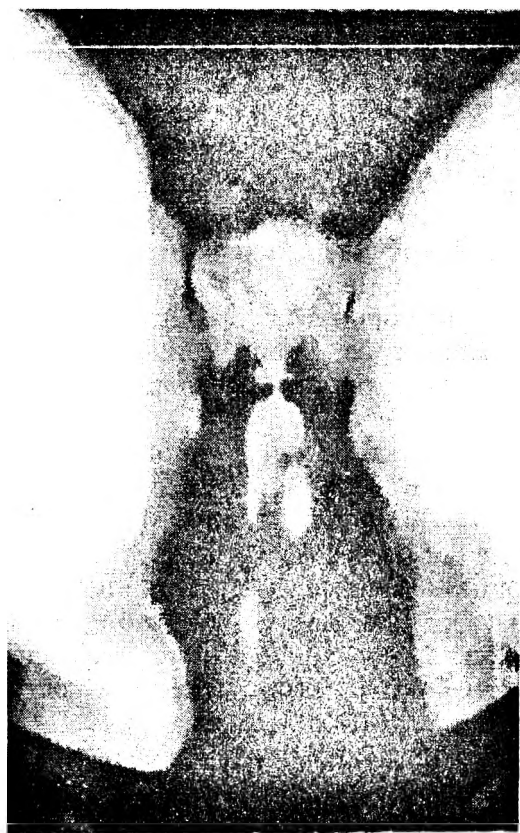
Клайнзассера. Обнаружены грануляции на уровне I-II колец трахеи (по верхнему краю трахеостомической канюли), которые удалены при помощи щипцов. Введен трахеобронхиальный силиконовый эндопротез, расположившийся верхним отрезком в подскладковом пространстве на уровне перстневидного хряща, а концевыми - в главных бронхах. При эксплантации протеза осуществлялась высокочастотная инъекционная вентиляция легких. В послеоперационном периоде больная получала дезинтоксикационную терапию, антибиотики широкого спектра действия, гормоны, отмечала незначительную осиплость голоса на протяжении 3-х суток, субфебрильную температуру. Гистологическое изучение удаленного из трахеи материала свидетельствовало о наличии в нем молодой грануляционной ткани, выполненной молодыми и вновь образованными сосудами, инфильтрированной нейтрофилами, фиброцитами и фибробластами.

При фиброларинготрахеоскопии спустя 6 суток после вмешательства (19.11.97.) вход в гортань свободен, голосовые складки подвижны, покрыты толстой пленкой фибрина, в подскладковом отделе и до главных бронхов - силиконовый эндопротез, внутренний просвет последнего чистый, без скопления слизи и корок, дыхание свободное. Рентгенографическое исследование дыхательных путей (рис.1) свидетельствовало о хорошем стоянии силиконового эндопротеза, без его смещения и перегибов и изменения легочного рисунка. На 45-е сутки после оперативного вмешательства - эксплантации эндопротеза жалоб больная не предъявляет, голос чистый. Фиброларинготрахеоскопически вход в гортань свободный, голосовые складки не изменены, подвижны, фибрина нет, силиконовый эндопротез не смещен, просвет его свободный, чистый.

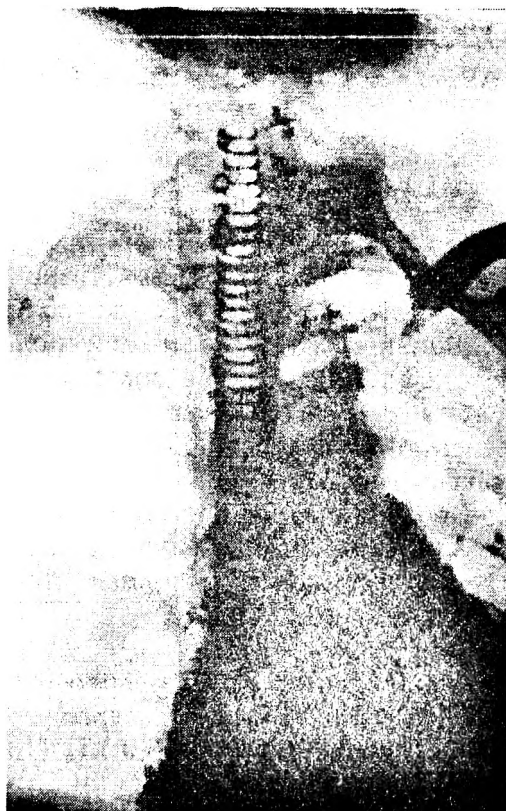
В удовлетворительном состоянии выписана из стационара. При осмотре спустя 3 месяца после вмешательства особых жалоб не предъявляет, дыхание через рот и нос свободное. Выполнена контрольная фиброларинготрахеоскопия с извлечением трахеобронхиального протеза. Установлено, что со стороны про-

света трахеи отмечается полное восстановление целостности дыхательной

трубки с эпителизацией всей внутренней поверхности гортани и трахеи.



а



б

Рис. 1. Томография дыхательных путей (а) и рентгенография органов грудной клетки (б) больной Р.

Таким образом, формирование вокруг силиконовых эндопротезов опорной соединительнохрящевой трубчатой структуры не сопровождается грубыми морфологическими изменениями трахеи и бронхов, характеризуется хорошими ближайшими клиническими результатами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Перельман М.И., Бирюков Ю.В., Королева Н.С. и др. Протезирование трахеи: Науч. обзор. - М., 1988. - Вып.6.- 56с. (Об-

зорн. информация / ВНИИМИ. Медицина и здравоохранение. Серия: Хирургия).

2. Coyne B.E., Fingland R.B., Kennedy G.A et al. Clinical and pathologic effects of a modified technique for application of spiral prostheses to the cervical trachea of dogs // Vet. Surg. - 1993. - V. 22, № 4. - P. 269-275.

3. Guijarro J.R., Sanches A., Cueto A. Experimental study of a new porous tracheal prosthesis // Ann. Thorac. Surg. - 1990. - V. 50, № 2. - P. 281-287.

4. Wilmes E., Berger H., Dienemann H et al. Fine mesh metal endoprotheses for treatment of extensive cervical and intrathoracic tracheomalacia // Laryngorhinootologie. 1994. - V. 73, № 1. - P.36-40.